

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

\_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)

**POR ESTE MEDIO AUTORIZA A**

|                                     |                    |                 |                 |                        |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|------------------------|
| _____<br>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | _____<br>DIRECCIÓN | _____<br>CIUDAD | _____<br>ESTADO | _____<br>CÓDIGO POSTAL |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|------------------------|

**Compartir la Información Protegida de Salud al:**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA OFICINA DE DISTRITO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS (DPSS)

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

**FECHA DE EXPIRACIÓN:** Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

**INFORMACIÓN A DIVULGAR**

- Condición mental
- Otro (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y estoy de acuerdo que mi proveedor de cuidado de salud puede completar y proporcionar al DPSS el formulario ABP 1676-3 GRMH para que el DPSS determine mi elegibilidad para recibir beneficios; esto incluye el proporcionar información al DPSS con respecto a cualquier impedimento de la salud mental, la fecha de inicio de mi condición, si activamente estoy buscando tratamiento, la duración prevista de mi condición; si esto afectaría mi capacidad para participar en un trabajo o un programa de capacitación laboral. Entiendo que la información de salud usada o divulgada como resultado de mi firma de esta autorización puede estar sujeta a la divulgación posterior y no sea más protegida por la ley de privacidad de información de salud federal.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:**

**Derecho a recibir una copia de esta autorización** – Entiendo que si firmo esta autorización, me entregarán una copia del formulario que yo firme.

**CONDICIONES:** Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar mi habilidad para obtener tratamiento de mi proveedor de cuidado de salud, pero hacerlo así puede afectar mi elegibilidad para recibir beneficios de DPSS.

He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleja exactamente mis deseos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE EN LETRA DE MOLDE FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO NOMBRE EN LETRA DE MOLDE / PARENTESCO CON EL PACIENTE FECHA

**Derecho a revocar esta autorización** – Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento informando al DPSS por escrito. Puedo usar la revocación de la autorización en la parte inferior de este formulario. Envíe por correo o entregue la revocación a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_

También entiendo que una revocación no afectará la capacidad de DPSS o cualquier proveedor de cuidado de salud para usar o divulgar la información de salud o por razones relacionadas con la función anterior a esta autorización.

| <b>REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN</b>  |               |
|--|---------------|
| <b>Firma del paciente/Representante Legal:</b>   | <b>Fecha:</b> |
| Si es firmado por otra persona que no es el paciente, indique la relación y autoridad para hacerlo |               |